

CARTA AL DIRECTOR

Integrando conceptos emergentes en dolor: propuesta de clasificación clínica



Integrating emerging concepts in pain: clinical classification proposal

Sr. Director:

En números anteriores de la revista SEMergen hemos realizado algunas consideraciones sobre la definición actual del dolor neuropático¹, así como el posicionamiento actual del «dolor nociplástico»²; pero nos puede surgir la pregunta de cómo extrapolar estos conceptos a la investigación y a la práctica clínica.

En estos ámbitos se sigue utilizando frecuentemente el cuestionario *Douleur Neuropathique-4 items* (DN4) para discriminar el dolor neuropático del dolor nociceptivo. Dicho cuestionario tiene una sensibilidad del 83%, una especificidad del 90% y un valor predictivo positivo del 89,5%³, siendo el instrumento de detección de elección en nuestro medio, dada su fácil aplicación y validación al castellano. El cuestionario DN4 consta de 10 ítems que consisten en descripciones y signos de dolor que se evalúan con 1 (sí) o 0 (no) para identificar a pacientes que tienen una gran probabilidad de tener componente de dolor neuropático. Las puntuaciones de los ítems individuales se suman para obtener una puntuación total máxima de 10, con un punto de corte $\geq 4/10$. Sin embargo, una herramienta de detección no debe reemplazar al examen clínico cuidadoso.

El término «dolor nociplástico», entendido como aquel «dolor que surge de la nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que cause dolor»², está diseñado para contrastar con el dolor neuropático. Así, se usa para describir el dolor que ocurre en un sistema nervioso somatosensorial que funciona normal, para diferenciar el mal funcionamiento o anormal que se observa en el dolor neuropático². Por tanto, la etiopatogenia del dolor nociplástico es compleja, y está muy influida por factores psicológicos como el catastrofismo, la baja percepción de autoeficacia y el neuroticismo, los cuales actúan como predictores de este tipo de dolor⁴.

Es importante destacar que el término «dolor nociplástico» está destinado al uso clínico, y no para un diagnóstico, y no corresponde a un sinónimo de sensibilización central, que es un concepto meramente neurofisiológico². Se entiende la sensibilización central al aumento de la actividad sináptica en las neuronas somatosensoriales del asta posterior de la médula espinal como consecuencia de un estímulo nocivo periférico mantenido, es decir, un daño tisular o del nervio⁵. La sensibilización central provoca una respuesta progresiva y amplificada que, en ocasiones, no presenta correlación con la intensidad del estímulo doloroso. Clínicamente estos fenómenos se manifiestan a través de la hipersensibilidad a estímulos dolorosos o hiperalgesia y como hipersensibilidad a estímulos no dolorosos o alodinia⁵.

Por otra parte, el aumento de la capacidad de respuesta de las neuronas nociceptivas en el sistema nervioso central o periférico, debido a la sensibilización central o periférica, o ambas, es una característica fisiopatológica bien conocida del dolor nociceptivo y neuropático⁴. La nocicepción alterada, que también se asume en la fisiopatología del dolor nociplástico, está asociada con la sensibilización periférica y/o central, que puede diferenciarse clínicamente utilizando el test cuantitativo sensorial (QST, por sus siglas en inglés de *Quantitative Sensory Testing*)^{4,6}. Al igual que el dolor neuropático, es importante evaluar los fenómenos de sensibilización central en los procesos reumatológicos, ya que pueden llegar a estar presentes en aproximadamente el 30% de los pacientes con artrosis⁷, y su presencia implica un manejo terapéutico distinto del dolor nociceptivo habitual. Para valorar e identificar la sensibilización central resulta útil el Inventario de Sensibilización Central (CSI, por sus siglas en inglés de *Central Sensitization Inventory*), el cual está validado al castellano⁸. En la primera parte analiza 25 síntomas (cada uno de ellos con una puntuación de 0 = nunca a 4 = siempre), siendo posible una puntuación total de 0-100. En la segunda parte se le pregunta al paciente si previamente ha sido diagnosticado de algunas patologías específicas. Una puntuación CSI $\geq 40/100$ se ha propuesto como punto de corte para la detección de síntomas de sensibilización central (sensibilidad, 81%; especificidad, 75%)⁸. Sin embargo, hasta ahora no existen estudios que comparen el resultado del cuestionario CSI en pacientes con sensibilización central y dolor neuropático, por lo que su puntuación no puede ser un criterio diagnóstico aislado de sensibilización central.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.11.005>

1138-3593/© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 Propuesta de clasificación clínica del dolor

Mecanismos descriptores del dolor	Origen		Sensibilización	
	Daño real o potencial del tejido no neural	Lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial	Sensibilización periférica	Sensibilización central
Dolor nociceptivo	Sí	-	-	-
	Sí	-	Sí	-
	Sí	-	-	Sí
	Sí	-	Sí	Sí
Dolor neuropático	-	Sí	Sí	-
	-	Sí	-	Sí
	-	Sí	Sí	Sí
Dolor nociplástico	-	-	Sí	-
	-	-	-	Sí
	-	-	Sí	Sí
	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
	-	Sí	-	-

Dado que estos tres descriptores del dolor están separados por las dos descripciones de «daño real o potencial del tejido no neural» y «una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial», y además están asociados con los dos mecanismos neuronales del dolor, «sensibilización periférica» y «sensibilización central», el dolor podría clasificarse clínicamente en 12 estados de dolor diferentes. La [tabla 1](#) muestra que el dolor nociceptivo surge con o sin sensibilización, y que tanto el dolor neuropático como el nociplástico están asociados invariablemente con la sensibilización central y/o periférica. Sin embargo, otros dos dolores no se definen utilizando estos tres descriptores de dolor. El primero es el dolor causado por ningún daño, lesión o enfermedad sin sensibilización. El segundo es el dolor causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial sin sensibilización. No obstante, esta tabla no incluye el «dolor mixto», el cual, a pesar de haber sido referenciado en la literatura durante más de una década, nunca ha sido definido formalmente. Incluso el término «dolor nociplástico» en la terminología de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés de *International Association for the Study of Pain*) excluye a los pacientes que se presentan clínicamente con una superposición sustancial de síntomas nociceptivos y neuropáticos⁹. Para estos pacientes el término «dolor mixto» es cada vez más reconocido y aceptado por los profesionales sanitarios. Por este motivo, recientemente un grupo internacional de especialistas en dolor de múltiples especialidades ha definido el «dolor mixto» como «una superposición compleja de los diferentes tipos de dolor conocidos (nociceptivo, neuropático, nociplástico) en cualquier combinación, que actúan simultáneamente y/o concurrentemente para causar dolor en la misma área del cuerpo»¹⁰.

Esperamos que esta tabla y reflexiones ayuden a clasificar las diferentes condiciones de dolor crónico mediante la evaluación de las características de sensibilización del dolor y los tres descriptores de dolor propuestos por la IASP (sin olvidar el «dolor mixto»), y sirva de estímulo para analizar

con más detalle y proporcionar información para la realización de nueva evidencia, así como estudios que pretendan evaluar de forma más amplia la patogénesis de algunas entidades dolorosas, como las enfermedades reumáticas.

Bibliografía

- Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ. Revisar la definición del dolor neuropático: un gran desafío. *Semergen*. 2019;45:73-4.
- Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ. Comprensión actual del concepto de «dolor nociplástico». *Semergen*. 2019;45: 61-3.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114:29-36.
- Treede RD. The role of quantitative sensory testing in the prediction of chronic pain. *Pain*. 2019;160 Suppl. 1:S66-9.
- Akinci A, Al Shaker M, Chang MH, Cheung CW, Danilov A, José Dueñas H, et al. Predictive factors and clinical biomarkers for treatment in patients with chronic pain caused by osteoarthritis with a central sensitisation component. *Int J Clin Pract*. 2016;70:31-44.
- Vollert J, Magerl W, Baron R, Binder A, Enax-Krumova EK, Geisslinger G, et al. Pathophysiological mechanisms of neuropathic pain: comparison of sensory phenotypes in patients and human surrogate pain models. *Pain*. 2018;159:1090-102.
- Lluch E, Torres R, Nijs J, van Oosterwijck J. Evidence for central sensitization in patients with osteoarthritis pain: a systematic literature review. *Eur J Pain*. 2014;18:1367-75.
- Neblett R, Cohen H, Choi Y, Hartzell MM, Williams M, Mayer TG, et al. The Central Sensitization Inventory (CSI): establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. *J Pain*. 2013;14:438-45.
- International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet] [consultado 27 Sep 2019]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Nociplasticpain>
- Freyhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current

understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin.* 2019;35:1011–8.

A. Alcántara Montero^{a,c,*} y P.J. Ibor Vidal^{b,c}

^a *Centro de Salud Manuel Encinas, Consultorio de Malpartida de Cáceres, Cáceres, España*

^b *Centro de Salud Guillem de Castro, Valencia, España*
^c *Miembros del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com
(A. Alcántara Montero).